

(Metas y Acciones serán consistentes con los deseos y la cultura del consumidor.)

(También puede referirse a notas y otras paginas que son parte del plan para los Servicios con medicamentos MSS.)

*METAS Y RESULTADOS DESEADOS POR EL CONSUMIDOR (negocié con el consumidor)

SERVICIO(S) PLANEADOS MHS-Servicios de Salud Mental DTR-Tratamiento Diario Residencial DTI-Tratamiento Diario Intensivo MSS-Servicios de Medicamento CM-Seguimiento de Caso (Para TBS, refiérase a TBS Plan)

Metas de comportamiento que se pueden medir (con tiempo limite y comportamiento esperado): _____

Niveles de disfunción del consumidor y evidencias de comportamiento: 3-severo 2-moderado 1-poco 0-ninguno

Acciones del Empleado: 1-Modalidad _____ Frecuencia. _____ Fecha de terminación _____ dedicado a _____ El consumidor tiene adecuadamente capacidad intelectual, capacidad emocional, motivación para participar y para beneficiarse significativamente de estos servicios.

2-Modalidad _____ Frecuencia. _____ Fecha de terminación _____ dedicado a _____ El consumidor tiene adecuadamente capacidad intelectual, capacidad emocional, motivación para participar y beneficiarse significativamente de estos servicios.

3-Modalidad _____ Frecuencia. _____ Fecha de terminación _____ dedicado a _____ El consumidor tiene adecuadamente capacidad intelectual, capacidad emocional, motivación para participar y beneficiarse significativamente de estos servicios.

4-Modalidad _____ Frecuencia. _____ Fecha de terminación _____ El consumidor es exento de controles para los servicios, por orden de (Firma & Fecha) _____ Extensión hasta _____ otorgada por (Firma & Fecha) _____

FECHA/ FIRMA DEL EMPLEADO./NOMBRE/ MODALIDAD _____

*FECHA/ FIRMA DEL CONSUMIDOR** _____

*FECHA/ FIRMA DEL CONSUMIDOR** _____

DOE: _____ Fecha de empezar el plan _____ & Fecha de Terminación _____

Fecha en que empieza el Periodo de tratamiento (SPAT) _____ & Fecha de Terminación _____

(30-días para adicionar otros servicios: _____ hasta _____) (un nuevo plan es requerido cada 12 meses)

*puede omitirse si MSS-solamente **consumidor recibirá una copia de este plan en su pedido. (copia dada en _____, si es aplicable)

PLAN DE RECUPERAMIENTO

**Información Confidencial.
Vea W&I Code 5328**

NOMBRE:

CHART NO:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA: